

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N° -509

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 12 juillet 1899, à 1 heure

PAR

M.-Z. MINGOPOULO

Né à Bukarest, le 23 juillet 1868

ESSAI SUR LES COMPLICATIONS GÉNÉRALES

DE

L'INFECTION GONOCOCCIQUE

Président : M. FOURNIER, professeur

*Juges : MM. { BLANCHARD, professeur
GLEY et GAUCHER, agrégés*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

509

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Année 1899

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 12 juillet 1899, à 1 heure

PAR

M.-Z. MINGOPOULO

Né à Bukarest, le 23 juillet 1868

ESSAI SUR LES COMPLICATIONS GÉNÉRALES

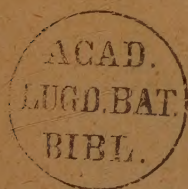
DE

L'INFECTION GONOCOCCIQUE

Président : M. FOURNIER, professeur

*Juges : MM. { BLANCHARD, professeur
 { GLEY et GAUCHER, agrégés*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical



PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen : M. BROUARDEL.

Professeurs :

Anatomie	MM. FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	} HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	
Anatomie pathologique	DEBOVE.
Histologie.	LANNELONGUE.
Opérations et appareils	CORNIL.
Matière médicale et pharmacologie	MATHIAS DUVAL.
Thérapeutique	TERRIER.
Hygiène	POUCHET.
Médecine légale.	LANDOUZY.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	PROUST.
Pathologie expérimentale et comparée.	BROUARDEL.
	N.....
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	} POTAIN.
Maladies des enfants	JACCOUD.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	HAYEM.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	DIEULAFOY.
Clinique des maladies du système nerveux	GRANCHER.
Clinique chirurgicale	} JOFFROY.
Clinique ophtalmologique	FOURNIER.
Clinique des maladies des voies urinaires	RAYMOND.
Clinique d'accouchements	} BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	PANAS.
	GUYON.
	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRE	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA (AUG.)	GILLES DE LA	MENETRIER	VARNIER
BROCA (ANDRÉ)	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTHER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques: M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

A MON ÉMINENT MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. FOURNIER

Médecin des hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Avant d'entrer dans l'étude que nous nous proposons de faire, nous sommes heureux d'adresser ici l'hommage de notre gratitude à tous ceux qui ont bien voulu nous guider dans nos études médicales.

Nous prions M. le Professeur Le Dentu d'agréer tous nos remerciements pour l'intérêt qu'il nous a témoigné pendant que nous fréquentions son service de l'hôpital Necker; quelques-unes de nos observations ont été recueillies dans son service, nous tenons à lui adresser l'expression de notre vive reconnaissance.

Nous ne saurions oublier tout le profit que nous avons tiré des hauts enseignements de MM. les Professeurs Tillaux et Jaccoud, nous leur adressons l'hommage de notre gratitude.

Nous n'oublions pas non plus ce que nous devons à M. le Professeur Budin qui nous a initié à la clinique

obstétricale ; ses préceptes nous serviront toujours de guide.

Enfin nous envoyons nos meilleurs remerciements à M. le D^r Gastou pour la bienveillance qu'il nous a montrée.

INTRODUCTION

On connaissait déjà depuis longtemps la blennorrhagie et son microbe le gonocoque de Neisser ; on savait que les différentes localisations primitives de cette infection gonococcique pouvaient se compliquer par propagation directe de voisinage aussi bien chez l'homme que chez la femme. Mais bientôt les complications plus ou moins éloignées furent signalées par les cliniciens et en 1893, parut la thèse de Souplet intitulée « la Blennorrhagie, maladie générale. » A cette époque, Souplet étayait sa conception par des preuves presque exclusivement cliniques ; le gonocoque n'était alors pas aussi bien connu qu'il l'est aujourd'hui et l'attention des bactériologistes n'avait pas encore été suffisamment attirée de ce côté. Bien peu nombreux étaient les cas dans lesquels on avait pu démontrer l'existence du gonocoque loin des points où on le rencontre habituellement.

Aujourd'hui la clinique a bien établi que l'infection blennorrhagique peut entraîner des complications

lointaines à siège très éloigné du point d'infection primitive ; la bactériologie est venue étayer cette manière de voir en démontrant l'existence fréquente du gonocoque au siège même de ces complications lointaines. Pourtant, il est des faits bien observés dans lesquels la présence du gonocoque n'a pu être décelée ; il en est d'autres où l'existence de ce microbe au foyer des complications n'est guère admissible d'après leur évolution et leur marche clinique même.

Aujourd'hui que les faits se sont multipliés, la question peut être reprise avec plus de fruit et c'est pourquoi nous avons pensé bien faire, en l'étudiant à nouveau dans ce travail.

Nous n'apporterons sans doute que quelques faits nouveaux, mais il nous a paru intéressant de grouper ce qui est aujourd'hui bien établi, de classer les principaux faits les mieux démontrés et d'essayer d'en déduire la notion pathogénique des complications éloignées dans la blennorrhagie.

CHAPITRE I

COMPLICATIONS DU CÔTÉ DES SÉRÉUSES

§ I. — *Rhumatisme blennorrhagique.*

Il est de notion banale aujourd'hui que la blennorrhagie, ou, pour mieux dire, que l'infection gonococcique, quel qu'en soit le siège primitif, peut se compliquer de phénomènes d'arthrite. Les auteurs, à ce sujet, parfaitement d'accord pour reconnaître l'existence du rhumatisme lié à la blennorrhagie, ont diversement interprété ces accidents articulaires. Les faits peuvent aujourd'hui être classés en trois catégories : dans les uns, l'examen bactériologique du contenu articulaire n'a pas été fait, et cependant l'arthrite a pu être cliniquement rattachée à la blennorrhagie ; dans les autres, l'examen du liquide épanché dans l'article a été négatif ; enfin, dans une troisième catégorie, les recherches bactériologiques ont pu démontrer dans le liquide de l'arthrite la présence de gonocoques bien caractérisés.

Pétrone (1), en 1883, rapporta deux observations d'arthrite du genou dans lesquelles il pensait avoir trouvé du gonocoque. Kammerer (2), ponctionnant un épanchement, au bout de deux jours vit nettement le microbe; il est vrai que dans une autre observation, il n'en trouvait pas le sixième jour. Il émit alors l'opinion que le gonocoque meurt et disparaît vers cette époque, et rapprocha ce fait de ceux observés par Kraske, Brieger, Ehrlich.

En 1885, Horteloup et Bousquet (3), Wyszemirsky signalent le gonocoque dans le pus d'arthrite; Hall (4), en 1886, Smirnoff (5), etc., arrivent aux mêmes conclusions.

Nous citerons encore les cas plus récents et par conséquent d'observation plus certaine de Lindemann (6), Stern, Jacquet (7), Rendu, etc.

Enfin, ceux de Griffon (8), de Sée (9) dans lesquels le gonocoque a été constaté d'une façon certaine.

Les cas où le microbe n'a pu être retrouvé sont néanmoins très nombreux, que faut-il en conclure?

(1) PÉTRONE. — *Rive. clin. de Bologna*, fév. 1883.

(2) KAMMERER. — *Centr. f. chir.*, 1884, p. 49.

(3) HORTELOUP et BOUSQUET. — *Gaz. des hôp.*, 1895, p. 1004.

(4) HALL. — *New-York méd. journ.*, 1886, p. 335.

(5) SMIRNOFF. — *Wratch*, 1886, n° 31.

(6) *Beiträge z. augenheilk*, 1892, p. 31.

(7) JACQUET. — *Ann. de dermat. et de syph.*, 1892.

(8) GRIFFON. — *Presse méd.*, 19 fév. 1896.

(9) SÉE. — *Thèse de Paris*, 1896.

Est-ce le gonocoque qui, venant se localiser dans une articulation par voie sanguine ou par voie lymphatique, détermine dans tous les cas l'arthrite blennorrhagique ? Il ne peut être mis en doute aujourd'hui, d'après les cas nombreux que nous venons de rappeler et ceux que nous rapporterons à l'instant, que le gonocoque puisse se généraliser ou du moins migrer dans une articulation.

Le transport du germe contagieux par voie lymphatique est véritablement inadmissible dans la plupart des cas. On ne voit pas en effet par quelle voie lymphatique détournée le microbe pourrait passer de l'urèthre dans une articulation sterno-claviculaire, ou d'un œil atteint d'ophtalmie blennorrhagique dans une articulation tibio-tarsienne, par exemple ; il ne peut être question ici évidemment que d'un transport par voie sanguine.

Il existe donc des arthrites blennorrhagiques à gonocoques bien démontrées. Mais comment expliquer celles dans lesquelles le microbe n'a pas pu être retrouvé. S'agirait-il là d'une influence nocive produite par les toxines ; s'agirait-il au contraire d'une affection produite par des microbes d'infection secondaire ? on a retrouvé dans certains cas, en effet, des staphylocoques, mais les exemples sont nombreux où aucune espèce microbienne n'a pu être décelée.

Devrons-nous alors admettre avec Kammerer et Finger que le microbe est mort et a disparu ? La

chose est possible et même probable dans quelques cas, mais nous ne pensons pas qu'il faille en conclure à la généralité.

Sée, lui-même, dans sa thèse, en parlant des cas négatifs qui sont légion, dit-il, conclut ainsi : « On peut dire qu'ils sont la règle ; ils l'étaient surtout jusqu'à une époque encore récente. Mais les résultats négatifs ne prouvent rien en présence d'un seul résultat positif bien établi. »

Nous ne saurions souscrire complètement à cette manière de voir. Si l'on accorde la valeur qu'ils méritent aux faits positifs, pourquoi rejeter d'une façon absolue les autres faits non moins consciencieusement observés sous prétexte qu'ils sont négatifs. Nous dirions bien plus volontiers que toutes les observations bien établies doivent être prises en considération et ont leur valeur.

Guyon et Janet, Furbringer, Stanziale (1) ont admis pour expliquer ces exemples la théorie toxique. Or, si cette théorie, d'ailleurs parfaitement logique, et qui paraît bien répondre à certaines observations n'est pas vraie pour toutes, il ne s'en suit pas qu'elle doive être constamment fausse. Du reste, nous verrons que si l'évolution clinique de l'arthrite ne permet pas de trancher absolument la question, d'autres complications à distance de la blennorrhagie se présentent avec

(1) STANZIALE. — *Gaz. d. ospit.*, 11 fév. 1893.

des caractères qui apportent un grand poids en faveur de la théorie toxique ; nous aurons l'occasion d'y revenir à propos des synovites.

Nous nous contenterons pour le moment de rapporter ici quelques observations bien démonstratives d'arthrites blennorrhagiques à gonocoques et une observation inédite dans laquelle l'examen bactériologique minutieusement fait ne laissa voir aucun microbe.

OBSERVATION I (*Inédite*).

Le nommé Vincent D... âgé de 26 ans, plongeur, entre le 2 mars 1894 à l'Hôpital Beaujon, salle Monneret, n° 4 *bis*, dans le service de M. le Dr Fernét.

Antécédents héréditaires. — Nuls. — Le malade ne peut fournir aucun renseignement.

Antécédents personnels. — Une atteinte de rhumatisme articulaire aigu, à l'âge de 13 ans, ayant duré environ six semaines. Pas d'autres maladies.

Histoire actuelle. — Depuis une dizaine de jours, le malade s'est aperçu d'un gonflement douloureux du côté du genou droit et du côté des articulations tibio-tarsiennes. Le genou est très augmenté de volume, il est le siège d'un épanchement assez abondant comme en témoigne le choc rotulien facile à percevoir. Les articulations tibio-tarsiennes sont également prises mais d'une façon moins in-

tense ; le gonflement inflammatoire remonte également quelque peu le long des tendons extenseurs. En outre, le malade se plaint de douleurs du côté de la hanche droite, sans que l'exploration de cette articulation puisse fournir aucun signe physique.

A l'auscultation, les bruits du cœur sont normaux, rien du côté des autres organes. Le malade présente en outre un écoulement urétral le matin caractérisé par la présence d'une goutte de pus verdâtre ; il y avait, il y a trois semaines, une blennorrhagie caractérisée. On porte le diagnostic d'arthrites blennorrhagiques et l'on pratique chaque jour des lavages de l'urèthre au permanganate de potasse. Les articulations malades sont soumises à la compression ouatée. Le liquide retiré de l'articulation par une ponction exploratrice n'a laissé voir aucune espèce microbienne ni par l'examen direct, ni par lesensemencements sur divers milieux.

Le sixième jour, le malade se sent beaucoup mieux ; ses articulations sont moins douloureuses.

A la fin du mois de mars, l'écoulement urétral est complètement tari, les articulations tibio-tarsiennes sont libres, le genou droit est encore un peu augmenté de volume.

Le 7 avril, toute douleur a disparu ; l'urine examinée ne contient ni pus, ni albumine, et le malade quitte l'hôpital guéri.

OBSERVATION II (*Personnelle*).

Recueillie dans le service de M. le Professeur Le Dentu.

H... G... âgé de 49 ans, journalier, entre le 24 mai 1899 à l'hôpital Necker, dans le service de M. le Professeur Le Dentu, salle Malgaigne, n° 13.

Ce jeune homme, qui jouissait habituellement d'une très bonne santé, et qui ne présente rien de particulier à noter dans ses antécédents personnels, est un garçon d'aspect un peu frêle et se présente avec l'habitus extérieur d'un lymphatique.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Nuls Ce malade était atteint depuis quinze jours d'une blennorrhagie intense qu'il traitait par des injections uréthrales d'eau boricuée, l'écoulement qui avait été très abondant commençait à diminuer insensiblement lorsqu'il sentit une douleur vive dans le genou gauche. Il est juste de dire que malgré les conseils d'un médecin qui lui avait recommandé de ne pas marcher ni se fatiguer, il avait continué à vaquer à ses occupations habituelles sans prendre aucune précaution.

A son entrée à l'hôpital Necker, on porte le diagnostic d'arthrite blennorrhagique et le malade est mis au repos, son écoulement est traité par le permanganate de potasse.

L'état local s'accroît. Le genou gauche est le siège d'un gonflement considérable ; l'articulation est distendue par du liquide ; la fluctuation est très nette et les téguments sont légèrement rosés à ce niveau.

Immobilisation avec compression ouatée modérée. La douleur augmente, la température s'élève et présente de grandes oscillations ; elle monte le soir à 39°, même à 39°5. Le matin, le thermomètre redescend à 38°. Le genou est globuleux, les parties molles sont distendues, rouges et œdématisées : elles gardent l'empreinte du doigt.

Etat général. — Médiocre : le malade a le teint pâle, terreux, ses traits sont un peu tirés, il souffre beaucoup.

Le 14 juin, le diagnostic d'arthrite suppurée est confirmé et l'on décide l'arthrotomie immédiate.

Anesthésie au bromure d'éthyle. Incision sur les parties latérales de la rotule ; il s'écoule un pus jaune verdâtre en grande abondance. Lavage de l'articulation à l'eau phéniquée ; un drain est laissé à demeure traversant l'articulation du genou de dedans en dehors. On continue de traiter la blennorrhagie.

Actuellement, le malade n'a plus d'écoulement, la miction se fait sans douleur ; aucune autre manifestation articulaire ne s'est produite. L'arthrite purulente du genou gauche est en voie de guérison. Le malade ne souffre plus et son état général s'améliore, mais il a encore un faciès pâle et fatigué.

Voici maintenant au contraire quelques observa-

tions d'arthrites blennorrhagiques dans le liquide desquelles la présence du gonocoque a pu être établie. Les faits de ce genre sont actuellement assez nombreux pour que nous nous contentions de rapporter les exemples inédits que nous avons pu recueillir.

OBSERVATION III (*Inédite*).

Joseph C... 30 ans, journalier, entre le 10 mars 1894 dans le service de M. le D^r Fernet, salle Monneret, n^o 2 à l'hôpital Beaujon. Le malade a été pris le dimanche matin de douleurs assez vives du côté des deux genoux, au pied, au poignet et à l'épaule gauches ; ces douleurs sont accompagnées d'un léger gonflement des parties molles. Ce malade se plaint en outre de tousser d'une façon habituelle ; il a le matin surtout des quintes qui se terminent par vomissements ; il se plaint aussi d'éprouver depuis un mois, mais moins actuellement qu'au début, de la cuisson en urinant.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Le malade a eu une bronchite et une pleurésie en 1883. Cette pleurésie qui a été ponctionnée était séro-fibrineuse. Il a eu en 1890 une atteinte de rhumatisme ; enfin, en 1892, il a été atteint de blennorrhagie.

Etat actuel. — Du côté de l'articulation tibio-tarsienne gauche, du poignet et de l'épaule, il existe un léger empâ-

tement douloureux. Les deux genoux sont également intéressés, le gauche surtout est globuleux et la palpation montre qu'il existe du liquide dans la cavité articulaire. La percussion dénote de la submatité au sommet gauche. A l'auscultation, on entend des râles sous-crépitaux, disséminés en avant et en arrière vers le sommet du même côté ; à droite, on entend des râles fins et quelques râles sibilants dans la fosse sus-épineuse. Cœur normal.

Le malade présente en outre un peu d'inflammation de l'urèthre ; il accuse de la cuisson en urinant ; les lèvres du méat sont légèrement gonflées et agglutinées. En pressant sur le canal, on fait sourdre quelques gouttes d'un pus blanc et bien lié.

L'examen de ce liquide y décelé la présence du gonocoque. Une ponction exploratrice faite aseptiquement dans l'articulation du genou gauche fournit un liquide séro-purulent ou tout au moins très trouble dans lequel on retrouve les mêmes éléments microbiens.

Traitement. — Lavements créosotés ; lavages quotidiens de l'urèthre avec le permanganate de potasse, compressions ouatées sur les articulations malades.

Amélioration considérable au bout de quelques jours, sauf du côté du genou qui reste sensible et augmenté de volume.

Le 1^{er} juin, le malade quitte l'hôpital, il n'a plus d'écoulement uréthral, le genou gauche est encore un peu sensible et enraidit ; l'état des poumons ne s'est pas modifié.

OBSERVATION IV

R. A... 19 ans, ménagère, est entrée à l'hôpital Necker, salle Lenoir, en juin 1896, pour du gonflement et des phénomènes douloureux du côté du genou gauche.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Cette malade a eu la rougeole dans l'enfance, depuis, elle a toujours été bien portante. Elle est accouchée il y a 6 mois d'une fille à terme et bien constituée et qu'elle a nourrie au sein pendant trois mois seulement.

Histoire actuelle. — Depuis trois semaines environ, elle se plaint d'éprouver de la cuisson en urinant et d'avoir des pertes blanches ou plutôt verdâtres, qui tâchent et ampèsent fortement le linge. En même temps elle accuse des démangeaisons intenses de la vulve et de la face interne des cuisses.

La malade n'a suivi aucun traitement jusqu'à ces jours derniers. Il y a deux jours, elle a éprouvé des malaises et ressenti des frissons, et dans la soirée sont apparus des douleurs et un léger gonflement de l'articulation du genou gauche.

Quand nous examinons la malade, nous constatons une déformation de la région dont les dépressions et les méplats sont remplacés par des saillies ; les téguments sont

rosés, le palper y décèle de la fluctuation et montre l'articulation tendue ; il est excessivement douloureux au point que la recherche du choc rotulien est impossible : les parties molles peri-articulaires sont aussi épaissies et infiltrées, les mouvements sont absolument impossibles ; on porte le diagnostic d'arthrite blennorrhagique, et la malade est mise au repos avec un léger pansement compressif.

— L'examen du liquide vaginal montre la présence de gonocoques en grains de café, les uns libres, les autres contenus dans les cellules épithéliales. Ces microbes se décolorent par la méthode de Gram.

On fait prendre à la malade des injections au permanganate de potasse ; au bout de quelques jours les accidents du côté de l'articulation du genou persistant, la température restant élevée, on fait une ponction exploratrice à la partie supéro-interne du genou ; cette ponction, faite avec une seringue de Pravaz donne issue à un liquide séreux, légèrement louche, mais non purulent. L'examen bactériologique et les cultures faites au laboratoire de la clinique sur les milieux spéciaux, montrèrent l'existence du gonocoque.

Le même traitement est continué et au bout d'un mois une amélioration très notable était survenue. Son début semble avoir coïncidé d'une façon assez nette avec la disparition de l'écoulement vaginal. Peu à peu l'articulation reprend son volume à peu près normal, et après quelques séances de massage, la malade peut quitter l'hôpital

conservant seulement un peu de raideur de l'articulation du genou.

Comment devons-nous interpréter ces faits ? La difficulté n'est pas pour l'explication de ceux où la présence du gonocoque a été démontrée.

On ne saurait, en effet, se refuser à admettre une relation entre l'inflammation de l'arthrite et le microbe trouvé dans son liquide. Mais pour les cas où ce liquide s'est montré stérile, admettrons-nous, comme l'ont pensé quelques auteurs, que le microbe est bien en cause directe, mais qu'il est mort et a disparu.

On sait que les cultures de gonocoques vivent peu de temps, puisque d'après Bumm il faudrait les repiquer tous les deux ou trois jours.

Si le gonocoque meurt ordinairement au bout de cinq à six jours, on a pourtant des cultures vivantes de douze à quatorze jours. Sur le sérum agar, qui est le milieu le plus favorable et se rapprochant le plus des milieux organiques Wertheim a vu des cultures vivre plus de quatre semaines, et Bezançon a pu en repiquer après un mois.

Du reste, rien ne prouve que le gonocoque meurt dans le même temps dans le liquide articulaire et dans les milieux artificiels. Enfin, nous ajouterons que dans un certain nombre d'observations, l'examen du liquide articulaire a été fait beaucoup plus de six

jours après le début et contenait néanmoins des gonocoques.

Nous pensons donc pouvoir conclure que certaines arthrites blennorrhagiques sont essentiellement liées à la présence du microbe lui-même, tandis que d'autres paraissent plutôt imputables au produit de sécrétion du microbe.

La toxine du gonocoque étudiée par Finger et par Gautier (1) est encore assez mal connue. Finger expérimentant sur les animaux au moyen de culture a pu déterminer des arthrites ; mais les produits obtenus par filtration, par ébullition des cultures n'ont déterminé aucune lésion ; toutefois, Sée, convient lui-même que leur action ne peut être considérée comme nulle chez l'homme ; bien des accidents ont en effet chez lui une allure toxique.

Quant à ce qui concerne le transport du microbe par voie sanguine, il est des faits tout-à-fait démonstratifs. M. Rendu, par exemple, à la séance du 12 novembre 1897 de la société médicale des hôpitaux, communiquait l'observation suivante : il s'agissait d'une malade entrée à l'hôpital pour des douleurs de ventre qui rendaient la marche très pénible.

L'examen de l'abdomen resta absolument négatif ; il en fut de même de celui des organes génitaux. On ne constata, en particulier, ni vulvite, ni urétrite, ni

(1) *Les toxines microbiennes*, Soc. d'éd. scientifiques.

vaginite, mais seulement un peu de congestion utérine. Quelques jours après, cette femme présenta de la fièvre et des frissons, et son état général alla s'aggravant.

Supposant l'existence d'une septicémie d'origine inconnue, on puisa un peu de liquide dans la cavité du col utérin et on fit l'examen bactériologique. Bien qu'il fut absolument séreux et transparent, ce liquide contenait des gonocoques à l'état de pureté. Sur ces entrefaites, la malade fut atteinte d'une périarthrite du coude gauche qui dégénéra bientôt en flegmon et nécessita plusieurs incisions. Le pus de ce phlegmon renfermait également des gonocoques à l'exclusion de tout autre microorganisme.

Malgré l'intervention chirurgicale, la température resta élevée, l'état général mauvais et bientôt on constata tous les signes d'une endo-péricardite à laquelle la patiente succomba au bout de douze jours.

L'autopsie décéla la présence d'une petite quantité de liquide dans les cavités pleurales et dans le péricarde et l'existence d'une endocardite végétante localisée au niveau des valvules de l'aorte. Desensemencements pratiqués avec le suc des végétations aortiques ont prouvé que les lésions endopéricardiques étaient également d'origine gonococcique.

§ II. — *Synovites tendineuses et hygromas blennorrhagiques.*

Les complications du côté des synoviales tendineuses et des bourses séreuses sont aujourd'hui hors de doute.

Dupré, en 1888, en avait recueilli une observation intéressante que nous emprunterons à la thèse de Sée.

Tollemer et Macaigne en 1893, Jacoby et Goldmann en 1894 rapportèrent des faits analogues importants parce que l'examen du liquide de la Synovite fut positif. En 1893, Duplay (1) publia aussi un cas d'hygroma prérotulien suraigu d'origine blennorrhagique.

Les synoviales tendineuses le plus souvent atteintes semblent être celles des tendons extenseurs des doigts au niveau du poignet, puis celles des péroniers latéraux, enfin celles des jambiers ; mais il est évident, *à priori*, qu'aucune synoviale n'est à l'abri de cette complication.

Ici, bien moins souvent que dans l'arthrite, le liquide a été examiné. Cependant, nous avons vu qu'il y a des cas positifs. Voici par exemple celui de Dupré.

Il s'agissait d'une petite fille de deux ans et demi, entrée le 20 septembre 1888 à l'hôpital Trousseau

(1) DUPLAV. — *Union Méd.*, 1893.

(Salle Bouvier, lit n° 27) avec une vulvo-vaginite aiguë datant de vingt jours, et une tuméfaction diffuse de la région dorsale des deux mains. D'après les parents, huit jours après le début de l'écoulement vulvaire, les cous-de-pied et les genoux auraient été enflés ; cette enflure aurait cédé vers le moment où les mains s'étaient prises, environ quinze jours après le début de la vulvite. La sécrétion vaginale, examinée au microscope, contenait des gonocoques.

Le jour suivant, les phénomènes augmentèrent du côté de la main droite, siège d'une inflammation intense, mais limitée à la face dorsale et laissant la face palmaire absolument indemne ; température 39°.

Diagnostic : Synovite des tendons extenseurs, localisée à la portion métacarpienne des gâines, bilatérale, aiguë à droite, subaiguë à gauche. Le lendemain, les signes s'accroissaient des deux côtés, la température restant à 39°.

Le 23, l'aspect du dos de la main droite était celui d'un phlegmon suppuré, avec fluctuation nette, et l'on songeait à intervenir. Pourtant on se borna encore à faire la compression ouatée ; après quelques jours, le mal était en décroissance, la température normale.

C'est alors qu'on fit une ponction. Elle donna issue à un séro-pus presque transparent. Au microscope, il contenait des gonocoques, beaucoup moins abondants que dans la sécrétion vulvaire, mais bien nets par leur forme, leur groupement, leur situation intra-

cellulaire (l'auteur ne dit pas s'il avait fait usage du Gram).

Ce liquide futensemencé seulement sur les milieux ordinaires, qui restèrent stériles. Le 30, la guérison de la main était presque complète; l'écoulement vulvaire n'avait pas encore disparu.

OSERVATION V

Tendovaginite suppurative gonorrhéique, (E. JACOBY et GOLDMANN. *Beiträge zur klinischen chirurgie*, novembre 1894, tome XII, 3^e fasc., p. 827).

Un homme de trente-sept ans travaillant à son compte, originaire de Mulhouse, C. M., vint le 24 mai 1893 consulter à la Clinique pour une forte douleur au pied gauche. Cette douleur durait depuis seize jours, s'était déclarée sans cause spéciale, et se ressentait particulièrement pendant la marche. Elle s'accompagnait d'une tuméfaction du dos du pied. La sensibilité était telle, que le patient ne pouvait plus continuer à marcher où à se tenir debout. Il se détermina donc à entrer à la Clinique.

Le malade, venu d'ailleurs à pied, était un homme solidement bâti, quoique pâle. A l'examen du pied gauche, on trouvait une tuméfaction du cou-de-pied, ayant son maximum au voisinage de la malléole interne. Elle occu-

pait la jambe sur une largeur d'environ quatre travers de doigts au-dessus de cette malléole et s'étendait en forme de boudin à la plante du pied, jusqu'au tubercule de l'os naviculaire. La peau présentait au niveau de l'enflure une légère rougeur, et la pression était douloureuse.

Le pied se trouvait en attitude de légère extension (plantar flexion) avec supination. Les mouvements actifs étaient essentiellement restreints ; les mouvements passifs eux-mêmes provoquaient une crampe réflexe de la jambe, et dès l'examen se produisait une violente flexion (dorsal flexion) avec pronation. La palpation de la malléole interne tuméfiée, extrêmement douloureuse, décelait une fluctuation profonde, à onde large, manifeste dans toute l'étendue de la tuméfaction, depuis la malléole interne jusqu'à la plante du pied ; l'articulation du cou-de-pied, les os de la jambe et du tarse ne montraient rien de particulier à un examen soigneux. Les ganglions poplités et inguinaux étaient indemnes.

Les résultats de cet examen objectif du pied forçaient à conclure à une inflammation aiguë *des gaines tendineuses adjacentes à la malléole interne*. Le siège de l'enflure, l'attitude anormale du pied, l'absence de douleur aux mouvements des orteils, décelaient avec certitude une affection isolée *du tendon du tibial postérieur*. La nature de l'inflammation, son point de départ et son étiologie restaient douteux.

La température du malade, prise le matin de son entrée était de 38°3. Mais il venait d'accomplir une marche longue

et douloureuse, et dans ces conditions l'hyperthermie seule ne pouvait servir d'argument sans réplique pour le diagnostic. Toutefois, l'existence d'une inflammation suppurative pouvait se déduire et de la fièvre, et de la douleur très vive aux points tuméfiés, et de l'impotence fonctionnelle.

L'absence de signes inflammatoires dans les articulations et les os voisins portait à croire que la tendo-vaginite était plutôt primitive que secondaire. Mais quelle pouvait être la cause d'une suppuration primitive de la gaine tendineuse du tibial postérieur, de cette suppuration à marche insidieuse ? Il n'y avait pas eu de traumatisme ; le malade répondait d'une façon précise, à l'interrogatoire répété plusieurs fois à ce sujet, que les accidents s'étaient déclarés spontanément. Il affirmait s'être toujours bien porté et appartenir à une famille saine. Il n'avait jamais eu aucune affection articulaire. Le plus vraisemblable était qu'on eut affaire à une *suppuration synoviale métastatique*.

Aussitôt on explora les organes génitaux, ce qui décela un *écoulement purulent de l'urèthre*, et le malade finit par avouer qu'il en était atteint depuis six semaines à la suite d'un coït.

L'examen bactériologique du pus desséché sur une lame et coloré au bleu de méthylène de Löffler, montre des *gonocoques* typiques, en grand nombre inclus dans les cellules du pus. Par le mélange du pus, l'urine contenait une certaine quantité d'albumine. L'urèthre, surtout dans sa portion pénienne, était sensible à la pression ; les épi-

didymes et les ganglions inguinaux des deux côtés étaient sains.

On avait enfin une donnée certaine pour expliquer l'affection du pied, et l'on put porter le *diagnostic de tendo-vaginite métastatique gonorrhéique du muscle tibial postérieur*.

Le jour suivant, avec les précautions d'antisepsie requises, M. le professeur Kraske opéra le pied, après chloroformisation. Le patient avait une température matinale de 37°3. Une incision courbe, commençant à 4 centimètres au-dessus de la malléole, fut conduite jusqu'au tubercule naviculaire, tout contre le bord interne du tibia, en traversant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Les vaisseaux dilatés donnèrent une légère hémorrhagie, qu'on arrêta en écartant les lèvres de la plaie au moyen d'écrigues. On incisa alors le *ligamentum laciniatum*, et une partie sous-jacente vint bomber dans le fond de la blessure. Pour l'inciser, il fallut traverser une épaisseur de 1 centimètre.

Il s'échappa alors, semblant jaillir sous une forte pression, un pus jaunâtre, épais, un peu filant, très sanguinolent, qui fut aussitôt recueilli pour l'examen bactériologique. Après la sortie d'environ 50 grammes de pus, on trouva au fond de sa gaine le tendon du tibial postérieur recouvert de son foyer séreux viscéral légèrement épaissi et injecté. Le tendon lui-même n'était modifié ni dans sa couleur ni dans son éclat, et jouait librement dans sa gaine. Sur la surface même de la gaine se voyaient ça et

là des enduits d'un blanc jaunâtre, très adhérents et ne se laissaient détacher qu'avec un suintement sanguin. Dans les points dépourvus de ces enduits, le feuillet pariétal apparaissait rouge, succulent et comme velouté.

M. le professeur Kraske eut la grande bonté d'extirper pour l'examen microscopique un fragment de la gaine tendineuse, qui fut, encore tout chaud, mis dans l'alcool absolu. Après lavage de la gaine à la solution phéniquée à 30/0, on fit un tamponnement à la gaze iodoformée. Le malade réagit à l'opération par une température vespérale de 38°,3, qui se répéta le lendemain. Puis il n'y eut plus aucune réaction. Pendant ce temps, un traitement local de la blennorrhagie fut institué. La sécrétion de la plaie, d'abord abondante, se tarit complètement sous l'influence de pansements aseptiques desséchants. La cavité se remplit de bourgeons de bon aloi, abondants. Il ne restait qu'une enflure du pied, persistant malgré sa suspension verticale. Le 15 juillet, le malade se levait et essayait de marcher. Le 5 août, il était forcé de quitter l'hôpital. La blennorrhagie s'était sensiblement améliorée. La plaie opératoire, comblée présentait une surface bien granuleuse. Les mouvements du pied n'étaient pas encore tout à fait indolores, mais le patient pouvait longtemps circuler et se tenir sur son pied malade. Il promit de revenir se montrer à la clinique, mais on ne le revit plus.

L'examen bactériologique du pus fut pratiqué de la façon suivante : une partie du pus sanglant mis au jour

par l'opération fut recueillie dans un verre stérilisé, pour servir à des préparations sèches et à des cultures.

Pour ce qui concerne les préparations sèches, faites de la façon habituelle sur lames et colorées au bleu de méthylène alcalin de Löffler, elles montrèrent toutes au microscope, même lorsque les micro-organismes y étaient peu abondants, que ceux-ci avaient la forme de diplocoques, en amas, siégeant dans l'intérieur des leucocytes polynucléaires ; eu égard à leur coloration intense, à leur grosseur, à leur disposition réciproque et par rapport aux noyaux, on y reconnaissait forcément des gonocoques.

On n'y trouva que cette seule espèce microbienne, qui manquait dans les préparations colorées suivant la méthode de Gram, une preuve de plus du fait qu'il s'agissait réellement de gonocoques.

L'examen microscopique ayant déjà démontré avec certitude que nous avions sous les yeux des gonocoques, ce résultat fut confirmé par des cultures.

Malheureusement, il fut impossible de se procurer avant l'opération du sérum humain, pour faire des cultures suivant la méthode de Wertheim, sur serum-agar. On commença avec le pus 4 tubes de gélatine (en piqure), 4 d'agar-agar et 4 de sérum sanguin du mouton (en stries) ; agar et sérum furent mis à l'étuve à 37°. Le résultat fut le suivant :

Des 12 tubes, 11 restèrent absolument stériles. Dans un des tubes de sérum seulement se développa une unique culture de staphylocoques, qui peut à bon droit être mise

sur le compte d'une souillure accidentelle. La présence de staphylocoques isolés dans une salle de chirurgie, même à propos d'une opération pratiquée suivant les règles habituelles de l'antisepsie, n'est guère surprenante et doit être considérée comme négligeable, étant donné qu'on ne trouva de microbes semblables ni dans aucune des préparations, ni dans les tissus examinés.

Le résultat négatif des cultures, sur des milieux connus comme impropres au développement du gonocoque, est encore un argument en faveur de l'idée que les diplocoques trouvés dans le pus étaient vraiment des gonocoques et que ce microbe seul y existait.

Le fragment de synoviale excisé fut, après durcissement dans l'alcool et imprégnation dans le xylol, inclus dans la paraffine. Les coupes faites au microtome furent colorées, outre les réactifs ordinaires des noyaux, suivant la méthode de Biondi-Heidenhain, et pour la recherche des gonocoques suivant la nouvelle méthode de Finger au bleu de méthylène boracique (décoloration à l'acide acétique à 0,5 0/0).

A la surface libre de la séreuse, on remarquait tout d'abord l'absence complète d'endothélium. A sa place se trouvait un réseau enfermant de nombreux globules de pus et de sang, lequel pénétrait dans le tissu même à des profondeurs variables. La synoviale elle-même était très riche en vaisseaux. Particulièrement à sa partie profonde se trouvait une riche couronne de fins capillaires très élargis et gonflés de sang. Il existait beaucoup de cellules en-

dothéliales en mitose. En dehors des capillaires, on trouvait dans la synoviale de nombreuses cellules conjonctives deux fois plus grosses que les cellules du pus. C'est surtout dans le voisinage de la surface libre que se voyaient de nombreux fibroblastes en voie de division. Leur protoplasma était d'ordinaire tout à fait homogène. Dans les points où se constatait une destruction d'hématies ou de leucocytes, les fibroblastes étaient chargés soit de pigment, soit du réseau chromatique des leucocytes. Souvent ces cellules avaient plusieurs noyaux. De tels fibroblastes polynucléaires se trouvaient quelquefois réunis en grand nombre, rappelant les cellules géantes bien connues dans les inflammations chroniques (tuberculose, syphilis). Les images de transformation progressive des fibroblastes en cellules fusiformes et en tissu conjonctif étaient peu marquées. L'aspect microscopique général était commandé par une infiltration de leucocytes polynucléaires, qui s'empilaient surtout en grand nombre vers la face interne de la gaine et diminuaient de nombre du côté de la gaine fibreuse.

De plus, on remarquait principalement, vers la surface interne, de très nombreuses mastzellen, et enfin des cellules dont le protoplasma paraissait formé de boules et de mottes, et se colorait vivement en rouge par l'éosine. C'étaient de ces cellules que l'un de nous a déjà décrites sous le nom « Kugelzellen » (cellules à boules) et que récemment Tauton a considérées comme des images ayant la même valeur que les « corpuscules de Russel ». La gaine fibreuse

du tendon montrait pareillement une infiltration de leucocytes. Mais là, ces derniers se montraient souvent dans l'entourage immédiat des vaisseaux dilatés. Un point, digne d'être remarqué, était l'absence presque complète de nécrose et aussi de cellules éosinophiles (Bioudi Heidenhain).

La recherche des gonocoques dans les coupes, pratiquée, nous l'avons dit, suivant la méthode récente de Finger, fut extraordinairement pénible. Ce n'est qu'en petit nombre que des gonocoques purent être constatés dans les cellules de pus et les fibroblastes près de la surface interne de la gaine. Ils étaient en général groupés en amas et se distinguaient par leur coloration plus foncée, des noyaux du tissu et des détritux nucléaires des leucocytes. Les granulations des mastzellen, qui prennent par la méthode de Finger un ton rouillé, ne pouvaient être confondus avec les gonocoques ordonnés d'une façon typique.

Dans l'observation suivante, la nature blennorrhagique est aussi cliniquement bien démontrée, mais l'examen bactériologique du contenu de la séreuse n'a pas pu être examiné,

OBSERVATION VI

Tumeur rétro-utérine. — Pseudo avortement tubaire. —

Rhumatisme blennorrhagique du poignet. — Colpotomie.

Pus à gonocoques et à staphylocoques. — Disparition

brusque du rhumatisme. — Indications thérapeutiques,

par MM. R. PICHEVIN et RAYMOND PETIT.

C... mécanicienne, âgée de 23 ans, entre à l'hôpital Necker, salle Lenoir, le 23 mai 1896. Elle se plaint de douleurs abdominales et déclare avoir une perte depuis trois semaines environ.

Réglée à 14 ans et mariée à 18 ans, cette femme a eu deux enfants. Le premier accouchement date de quatre ans. Il a été un peu pénible ; les suites en ont été bonnes. Le deuxième accouchement a eu lieu il y a deux ans et demi. Les suites de couches ont été normales.

Cette malade n'a jamais eu de fleurs blanches ; elle n'a jamais présenté ni écoulement verdâtre, ni envies fréquentes d'uriner, ni douleurs pendant la miction. Sa menstruation est régulière et tout à fait normale.

C... avait eu ses règles pendant les premiers jours de mai. L'écoulement menstruel, peu abondant, avait duré moins de temps que de coutume.

Deux jours après la cessation de cette période catamé-

niale, quelque peu avortée, cette femme fut prise inopinément de douleurs abdominales assez vives et accompagnées de vomissements bilieux. Ces symptômes sont rapidement suivis d'une métrorrhagie de moyenne intensité. La malade expulse, pendant plusieurs jours, des petits caillots. L'écoulement diminue, devient rosé et disparaît vers le 23 mai, époque à laquelle C... entre à l'hôpital. Mais les douleurs du début n'avaient pas disparu : elles forcent la malade à demander un lit à la salle Lenoir. Durant les quinze ou dix-huit premiers jours, les douleurs sont ordinairement modérées, mais il survient, de temps à autre, des exacerbations, sous forme de crises, qui durent plusieurs heures.

Quand la malade est admise à Necker, elle ne perd plus. Les souffrances sont modérées, l'examen direct est facile, il n'y a pas de ballonnement du ventre ; il n'existe pas de vomissements ; le faciès n'est aucunement grippé, il est simplement un peu pâle.

Le soir de son entrée à l'hôpital, cette femme a une température de 37°8. Mais les 24, 25 et 26, le thermomètre est à 37°.

Le 24, nous examinons la malade :

L'utérus est en anté-position marquée. Le col ne présente rien de particulier à noter. Il n'est ni mou, ni entr'ouvert. Le corps un peu gros et fléchi sur le col est repoussé en haut et en avant.

On trouve dans le cul-de-sac postérieur une masse plutôt résistante, donnant la sensation d'une tumeur formée

par des caillots en voie d'organisation, déprimant la paroi vaginale et faisant une assez forte saillie du côté du vagin. Cette masse du volume du poing, sans bosselures nettement appréciables, se prolonge à droite et à gauche du cul-de-sac de Douglas et remonte sur les parties latérales, de telle sorte qu'elle forme une sorte de croissant.

Le prolongement latéral droit est plus volumineux et semble faire corps avec les annexes de ce côté.

Le palper abdominal, combiné au toucher vaginal, ne réveille qu'une douleur modérée, et est très aisément supporté.

La ligne blanche ne présente aucune modification.

Les seins ne sont pas augmentés de volume.

A quel diagnostic fallait-il s'arrêter ?

Voilà une femme qui semble avoir un passé génital parfait, qui n'a jamais eu d'accidents à la suite de ses deux accouchements et qui ne présente aucun symptôme capable de faire penser à la blennorrhagie ; subitement, peu de temps après une menstruation avortée, elle est prise de douleurs abdominales suivies d'une métrorrhagie. On constate l'existence d'une tumeur rétro-utérine qui par sa forme, sa consistance, rappelle l'hématocèle.

Malgré l'absence des signes de la grossesse, nous diagnostiquons un avortement tubaire, avec cette réserve qu'il s'agit peut-être d'une salpingite qui a versé dans le péritoine le liquide infectieux contenu dans la cavité tubaire. Mais nous ne trouvons aucune cause capable d'ex-

pliquer l'existence d'une inflammation salpingienne.

Le traitement est purement médical.

L'application d'une vessie de glace sur la paroi abdominale est mal supportée. On administre quelques opiacés et des préparations belladonnées.

Le 27 au soir, sans cause appréciable, le thermomètre, qui est à 37° le matin, monte à 38°4 dans la soirée. Le lendemain soir, 28 mai, la température s'élève à 38°8, en même temps que la malade accuse une douleur au poignet droit.

Le 29, l'ascension thermique s'accroît et atteint 39°4. Les phénomènes du côté du poignet sont plus nets. Il existe une douleur spontanée assez vive au niveau de l'articulation radio-carpienne dont les mouvements sont abolis. On constate de la rougeur et du gonflement sur la face dorsale de la main et sur la face postérieure du tiers inférieur de l'avant-bras.

La douleur, le gonflement et la rougeur vont en augmentant pendant quatre jours environ. Des traînées rougeâtres remontent la face dorsale de l'avant-bras, sans qu'il y ait inflammation apparente des ganglions du coude et de l'aisselle.

La rougeur est très marquée sur le dos de la main. Le gonflement est assez considérable, et s'étend depuis les articulations métacarpo-phalangiennes jusqu'à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen de l'avant-bras.

La douleur empêche tout mouvement de la main sur l'avant-bras. On a dû mettre une attelle pour éviter tout

mouvement intempestif. La douleur provoquée existe bien au niveau de l'interligne articulaire, au niveau des insertions des ligaments latéraux, mais les phénomènes inflammatoires semblent se passer surtout dans les gaines tendineuses d'une part, et, d'autre part, les troubles pelviens qui avaient nécessité l'entrée de la malade à l'hôpital.

Notre diagnostic est modifié. Nous estimons être en présence d'un *Rhumatisme blennorrhagique*, d'autant plus que la malade, qui n'avait jamais eu aucune douleur en urinant, souffre pendant la miction, mais seulement depuis l'apparition des douleurs localisées à la main et à l'avant-bras du côté droit.

Nous pratiquons l'incision du cul-de-sac postérieur dans le but d'évacuer la petite quantité de liquide qui doit être accumulée dans ce cul-de-sac postérieur.

On tombe sur une masse du volume du poing formée par des fausses membranes et des annexes. On ouvre ensuite avec le doigt une collection contenant une cuillerée à café d'un liquide louche qui est immédiatement recueilli.

A travers l'ouverture de l'incision vaginale, on croit reconnaître que la poche purulente est formée par la trompe.

L'examen microscopique permet de constater dans le liquide de la collection péri-utérine l'existence très nette de gonocoques reconnaissables à leur forme spéciale (diplocoques échancrés en forme de grains de café), à leur siège

iutra-cellulaire et par ce fait qu'ils se laissaient décolorer par le Gram.

Par la méthode des cultures, on put décèler la présence de deux espèces de micro-organismes :

1° de staphylocoques blancs en petite quantité ;

2° de gonocoques.

Les gonocoques ne donnaient aucune culture sur bouillon et sur gélose, tandis qu'ils se multipliaient sur la gélatine privée de chlorure de sodium.

Résultat opératoire. — Le résultat obtenu est assez intéressant pour mériter une mention spéciale. Dès le lendemain matin, le dos de la main, la face dorsale du poignet et la partie inférieure correspondante de l'avant-bras qui étaient rouges, très tuméfiés et douloureux, ne présentaient plus de rougeur, ni de gonflement. La douleur à la pression, si vive la veille, était à peu près nulle et on pouvait facilement imprimer des mouvements à l'articulation radio-carpienne. Cette détente brusque, à peu près complète, des manifestations articulaires et surtout péri-articulaires, fut définitive. La fièvre, qui était à 38°6 l'avant-veille de l'intervention et à 38°4 la veille, tomba à 37° le soir même de l'opération.

Faut-il attribuer la disparition si remarquable des phénomènes douloureux et fluxionnaires qui se passaient du côté du poignet à l'évacuation du foyer rétro-utérin ?

Il est rationnel d'adopter cette interprétation. La

coïncidence de la chute de la température et de la jugulation de la synovite consécutive à l'incision du cul-de-sac postérieur plaide en faveur de cette hypothèse.

Du reste, un autre argument nous est fourni indirectement par notre maître, M. Rendu. L'honorable médecin de l'hôpital Necker a observé, à plusieurs reprises, que dans le rhumatisme blennorrhagique, le traitement local de l'urétrite, à l'aide d'injections au permanganate, était suivi d'une amélioration de l'arthrite. Si l'antisepsie de l'urèthre était entreprise dès le début des accidents articulaires, la rétrocession du côté de l'arthrite se faisait plus aisément et plus vite que si l'on commençait à administrer les injections en pleine période d'état de l'arthrite blennorrhagique.

On peut se demander incidemment quelles sont les altérations locales qui peuvent céder aussi brusquement ? S'agit-il d'une simple fluxion, d'une congestion portant sur les gaines synoviales et sur l'articulation ? Le gonocoque est-il intervenu, soit directement, soit par les toxines ? Doit-on incriminer l'infection mixte, puisque l'on a trouvé dans le cul-de-sac de Douglas des staphylocoques mêlés à des gonocoques ?

L'examen bactériologique de la sérosité qui existait autour de l'articulation, n'a pas été fait. Il est donc impossible de répondre à ces questions autrement que par des suppositions.

Il est reconnu que le gonocoque a été rencontré dans les synoviales atteintes d'inflammation au cours de la blennorrhagie, mais on ignore à quel moment ce micro-organisme pénètre dans l'articulation ou dans les gaines tendineuses. L'invasion du gonocoque dans la séreuse n'est-elle pas précédée d'un stade pendant lequel les phénomènes fluxionnaires sont simplement sous la dépendance des toxines qui peuvent se trouver déjà dans le sang ?

La détente subite des phénomènes péri-articulaires qui a suivi l'évacuation de la collection rétro-utérine n'inviterait-elle pas à proposer cette dernière explication ?

Dans notre cas, que nous avons vu traiter par MM. R. Pichevin et R. Petit, comme dans beaucoup d'autres du reste, aucune ponction n'a été faite dans les synoviales tendineuses, et si la nature blennorrhagique de l'affection est bien cliniquement établie par la concomittance de la synovite et d'une blennorrhagie, on ne peut dire que la maladie de la synoviale tendineuse est liée à la présence du gonocoque.

Dupré, Tollemer et Macaigne, Jacobi et Goldmann ont prouvé que le gonocoque existait bien parfois dans la cavité synoviale, mais si on prend la peine de relire ces observations, on voit qu'il s'agit de synovites tenaces durant fort longtemps et presque toujours franchement suppurées.

Faut-il conclure de ces observations à la généralité? Nous ne le croyons pas et il nous semble préférable et plus logique d'admettre ici, comme pour certaines arthrites, l'influence des toxines sécrétées par le gonocoque. Cela permettrait de s'expliquer pourquoi de semblables accidents surviennent quand il y a localement une rétention purulente et comment ils disparaissent d'une façon presque subite ou tout au moins très rapide dès qu'un traitement approprié a supprimé la rétention causale. C'est ainsi que dans la dernière observation, les phénomènes de synovites ont disparu complètement du jour au lendemain après l'incision et l'évacuation de la salpingite blennorrhagique.

Et d'ailleurs il en est le plus souvent ainsi, comme l'ont bien démontré les recherches de M. Rendu.

En ce qui concerne les hygromas blennorrhagiques, il y a peut-être lieu d'admettre la même hypothèse et de rapprocher ces inflammations des bourses séreuses et des tissus avoisinants de la talalgie blennorrhagique sur laquelle Awedian a le premier attiré l'attention. Cet auteur, en effet, a expliqué la talalgie par l'hygroma sous et rétro-calcanéen.

M. Jacquet (1), qui s'est depuis longtemps occupé de cette question, sans nier l'hygroma, ne le croit pas constant. Dans ses 13 dernières observations il

(1) JACQUET. — *Soc. méd. des hôp.*, 5 mars 1897.

rapporte la talalgie au rhumatisme ostéo-fibreux, et, fait important, appuie son hypothèse sur un fait anatomique : il y aurait de l'ostéite hyperostosante au point d'insertion fibreux.

Voici comment il s'exprime à ce sujet : « Cette hyperostose s'explique d'ailleurs aisément quand on se reporte aux données d'embryologie et d'anatomie normale et comparée qui montrent en ces points la présence de capsules sériées de cartilage entre les fibres du tendon et capables, sous une influence inconnue, de continuer leur évolution et de se transformer en cellules osseuses. »

M. Jacquet, sans se prononcer d'une façon définitive, semble disposé à croire qu'il s'agit là d'un trouble trophique d'origine myélopathique ; mais en tout cas, ce serait les toxines qui agiraient soit directement, soit en produisant des lésions médullaires.

Que dans certains cas, les accidents soient tenaces, que les gonocoques puissent venir se fixer sur ces séreuses et déterminer même la suppuration, le fait n'est pas pour étonner, puisque l'inflammation ou le trouble trophique, comme on voudra le considérer, créant un lieu de moindre résistance, aura pu déterminer ces localisations particulières de l'infection générale.

Il va sans dire que bien d'autres articulations peuvent être le siège d'arthrite blennorrhagique. Nous n'en avons rapporté que quelques exemples, car

notre but n'est point d'étudier le rhumatisme blennorrhagique. Nous voulons seulement montrer que ces complications articulaires, comme d'autres, du reste, dont nous parlerons, témoignent bien que l'infection gonococcique peut se généraliser et donner lieu à des accidents secondaires en date, parfois très éloignés du foyer d'infection primitif.

Si nous voulions être complet en ce qui concerne le rhumatisme blennorrhagique, dans ses localisations, il nous faudrait énumérer à peu près toutes les articulations depuis la temporo-maxillaire et la sternoclaviculaire jusqu'aux articulations du carpe, du tarse et des phalanges. Aucune, en effet, n'est à l'abri de ces arthrites. Cela ressortirait à l'étude de l'arthrite blennorrhagique qui a été faite déjà par plusieurs auteurs.

Nous avons voulu rapporter seulement quelques exemples inédits, intéressants malgré le siège commun de l'affection, parce que l'examen bactériologique du liquide épanché a pu être fait.

CHAPITRE II

COMPLICATIONS DU COTÉ DU TISSU CONJONCTIF ET DU SYSTÈME LYMPHATIQUE

§ I. — *Tissu conjonctif.*

Un certain nombre de cas ont démontré que le gonocoque pouvait entraîner la suppuration de tissu conjonctif et donner naissance à des abcès.

Ce genre de complications est beaucoup plus rare que les précédents ; nous n'aurons en vue ici que des abcès développés assez loin du foyer blennorrhagique.

Sahli, dont Sée rapporte l'observation, a vu se développer des abcès cutanés autour des genoux d'un individu atteint de blennorrhagie en 1887. Il aurait constaté dans le pus la présence de gonocoque.

Lang et Paltauf ont également trouvé du gonocoque dans le pus d'un abcès qui siégeait sur le dos de la main ; il en était de même dans le cas de Hortwiz en 1893 ; cette dernière observation est particulièrement démonstrative puisqu'elle s'appuie sur les résultats

positifs non seulement d'examens directs, mais encore des cultures sur des milieux spéciaux.

Bugwid, en 1895, a vu se former quatre abcès intra-musculaires sur les jambes; le pus de ces abcès était à gonocoques. Enfin Hochmann a rapporté la même année un fait positif concernant un abcès du coude chez un malade atteint de goutte militaire.

§ II. — *Périostites et périchondrites.*

Les périostites et les périostoses consécutives à la blennorrhagie ont été plusieurs fois signalées, en particulier par M. le professeur Fournier, en 1890, par M. Mauriac, par Raynaud et Ozenne: mais naturellement dans ces cas il n'y a pas eu la possibilité de faire le contrôle bactériologique; ils ont bien néanmoins leur valeur certaine. Finger a publié un cas de périchondrite à gonocoques qui met hors de doute la nature blennorrhagique de cette affection d'ailleurs assez rare.

§ III. — *Système lymphatique.*

On a maintes fois constaté l'infection des voies lymphatiques par le gonocoque, mais il s'agit là toujours d'une propagation par voisinage.

Sabli a voulu expliquer l'apparition des arthrites

par une propagation par voie lymphatique lorsque l'articulation atteinte est assez voisine des organes génitaux. Nous avons déjà vu que cette théorie ne saurait être admise pour expliquer les infections à grande distance, et en somme l'infection générale ne peut se faire que par voie sanguine.

Sée, dans son travail, n'a pas pu rapporter un seul cas d'adénite ou de bubon à gonocoque. Leistikow a recherché sans succès le microbe dans ces cas; Bockbart, dans une adénite suppurée, ne trouva que du streptocoque.

Pourtant, dans l'observation suivante, le gonocoque a été retrouvé d'une façon bien nette dans le pus d'un adéno-phlegmon cervical qui s'était développé chez une femme atteinte de métrite blennorrhagique.

OBSERVATION VII

Adénite cervicale suppurée à gonocoques (R. PICHEVIN et
RAYMOND PETIT).

Marie M..., 27 ans, couturière (malade à l'extérieur, vue et opérée à l'hôpital Necker le 26 mai 1896).

Antécédents héréditaires. — Le père de la malade est mort à 61 ans d'une pleurésie. La mère a toujours été bien portante.

Antécédents personnels. — Née à terme, élevée au sein, la malade n'a jamais été bien vigoureuse.

Vers l'âge de six ans, chute sur le coude, écorchure, abcès sur le côté externe de cette jointure ; guérison assez rapide.

L'année suivante apparaît dans la région mastoïdienne droite, à la hauteur de l'angle de la mâchoire à peu près, un petit ganglion engorgé.

Tous les ans, vers le mois de mars, cette petite glande grossit, puis elle diminue et disparaît à peu près complètement.

Histoire actuelle. — La malade s'est mariée en décembre 1894 : son mari est très bien portant.

Grossesse bonne, accouchement normal le 31 décembre 1895, suites de couches très simples. L'enfant, un garçon, est élevé au sein par sa mère ; mais n'ayant pas assez de lait, celle-ci nourrit l'enfant au biberon à partir du 15 mars ; elle se purge ce jour même et reprend ses rapports avec son mari.

Quelques jours après, la malade éprouve un peu de cuisson en urinant, et une leucorrhée très abondante, à liquide jaune verdâtre, s'établit.

Frissons, malaise, fièvre. La petite glande cervicale droite, dont nous avons parlé plus haut, commence à grossir et devient douloureuse. La suppuration s'établit : les ganglions voisins se prennent, l'un d'eux suppure aussi. Ces deux adéno-phlegmons se sont ouverts spontanément ; mais l'engorgement ganglionnaire a persisté, et

un troisième ganglion plus bas situé que les deux précédents a suppuré également ; il n'est pas encore ouvert lorsque la malade se présente à nous, mais il atteint au moins le volume du poing.

Incision, drainage le 26 mai, pus épais, verdâtre. Du côté génital, écoulement purulent avec gonflement et rougeur de la muqueuse : méat urinaire végétant, rouge, tuméfié. Col long, mou, entr'ouvert, avec une déchirure à gauche, livre passage à du liquide muco-purulent. Injections antiseptiques.

La malade va bien, l'écoulement vaginal a beaucoup diminué. L'adéno-phlegmon est en voie de guérison.

Examen bactériologique et cultures : gonocoque pur dans le pus de l'adéno-phlegmon ; et du gonocoque mélangé à d'autres micro-organismes dans le vagin.

Voici les remarques que les auteurs ajoutent à la suite de ce cas :

Cette observation mérite qu'on s'y arrête un instant.

La rigueur avec laquelle le diagnostic bactériologique a été posé, dans ce cas, ne laisse rien à désirer (forme caractéristique du diplocoque, sa situation, sa décoloration par le Gram, l'impossibilité de le cultiver sur les bouillons ordinaires, sa culture sur un milieu spécial, etc.). Il s'agit bien du gonocoque.

Les lymphangites et les adénites sont fréquentes dans la blennorrhagie et cependant, au dire de Sée,

dont le travail récent est si documenté, on n'a jamais trouvé le gonocoque dans un bubon. Leistekow l'a cherché sans succès ; et Bockhart, dans une adénite suppurée, n'a pu décèler que la présence des streptocoques.

Fait important à noter, le pus de l'abcès ganglionnaire contenait des gonocoques, à l'exclusion d'autres micro-organismes.

Ce diplocoque, contrairement à ce que l'on croyait, ne semble donc pas avoir besoin du concours d'autres micro-organismes (streptocoques, staphylocoques) pour produire l'infection et la suppuration. Le fait actuel vient à l'appui de quelques autres qui sont épars dans la littérature.

Luther admet que le gonocoque peut suivre la voie sanguine pour produire des infections à distance.

Leyden a publié une observation d'endocardite gonococcienne et Wertheim a prouvé l'existence du gonocoque dans les capillaires sanguins (1895).

Le gonocoque semble donc, dans certains cas, pénétrer directement dans le sang. L'infection par la voie sanguine doit être admise.

D'un autre côté, il est certain que le gonocoque chemine le long de l'épithélium depuis la vulve jusqu'à l'ostium abdominale et qu'il a été retrouvé dans le péritoine. La voie muqueuse est utilisée, à coup

sûr, par le micro-organisme spécifique de la blennorrhagie.

Le gonocoque a-t-il coutume d'emprunter la voie lymphatique pour passer dans le sang ? Le fait n'est pas démontré. Il est même peu probable, puisque le micro-organisme n'a pas été rencontré dans les ganglions auxquels se rendent les lymphatiques des régions primitivement injectées. Par contre, nous l'avons dit, il a été constaté dans les capillaires sanguins.

Néanmoins il n'y a pas lieu de nier la possibilité de l'infection par la voie lymphatique, malgré l'absence de preuves bactériologiques.

Notre observation n'est pas un exemple, croyons-nous, de l'envahissement du système lymphatique par le gonocoque.

Il faudrait admettre que le diplocoque ait progressé en sens inverse du courant de la lymphe. Parti du bassin, le gonocoque serait remonté dans le canal thoracique et de là aurait subi une dérivation vers les ganglions du cou (on sait que MM. Raymond et Troisier ont proposé cette hypothèse pour expliquer les adénopathies cervicales à distance, dans les cancers viscéraux).

Il est probable que la pénétration du gonocoque dans le ganglion cervical est l'indice d'une infection propagée par la voie sanguine. L'abcès s'est développé à ce niveau, parce que le diplocoque pathogène

de la blennorrhagie a trouvé, en ce point, un milieu de culture favorable à sa pullulation. Le ganglion, soumis à des fluxions répétées, a été le *locus minoris resistentiæ* : C'est ainsi que s'est produite la suppuration.

CHAPITRE III

COMPLICATIONS DU COTÉ DES GRANDES SÉREUSES

Les grandes séreuses sont bien moins fréquemment le siège de complications que les séreuses articulaires et tendineuses. Le péritoine peut s'enflammer au voisinage des affections génitales blennorrhagiques, pourtant Ducrey a montré qu'il pouvait être atteint par l'infection générale ; la pleurésie blennorrhagique, observée par Ricord, G. Sée, Tixier, Richet, Meynet, a été niée par Talamon : mais les cas de Cornil et Klippel (1), de Baisle (2), de Ducrey (3), de Mac Donnel sont bien établis ; ceux de Chiaiso et Isnardi (4) et surtout de Mazza (5) sont absolument démonstratifs et s'appuient sur l'examen bactériolo-

(1) CORNIL et KLIPPEL. — *Soc. anat.*, mai 1887.

(2) BAISLE. — *Thèse de Paris*, 1888.

(3) DUCREY. — *Congrès de dermatol.*, 1889.

(4) CHIAISO et ISNARDI. — *Giornale della R. academia di medicina di Torino*, fév. 1894, p. 93.

(5) MAZZA. — *Giornale della R. acad. di med. di Torino*, mars 1894, p. 180.

gique de l'épanchement pleural ; aussi, Sée, dans sa thèse, conclut que l'existence d'une pleurésie blennorrhagique due au gonocoque est bien prouvée.

C'était d'ailleurs l'opinion déjà émise par Faitout (1) dans sa revue générale sur la pleurésie blennorrhagique en 1895.

Les méninges ne sont pas non plus épargnées par l'infection gonococcique : sans parler des complications méningo-médullaires anciennement signalées par un grand nombre d'auteurs, nous nous contenterons de rappeler la thèse de Barrié, en 1894, sur ce sujet ; dans cet ouvrage l'auteur rapporte un cas personnel, dans lequel l'examen bactériologique du liquide trouvé autour de la pie-mère montre la présence du staphylocoque seul. — Il s'agit donc d'une infection secondaire.

Vidart et Bonnet ont vu les méninges crâniennes atteintes ; Venturi, Tambourer, Pitres ont publié des cas de ce genre et rattaché ces accidents à la blennorrhagie. Toutefois l'examen bactériologique n'a pas été fait toujours, et, quand il l'a été, il était négatif au point de vue du gonocoque. Peut-être, ici encore, le produit de sécrétion, la toxine est-elle à mettre en cause, comme nous l'avons déjà admis pour quelques-uns des cas précédents.

Nous ne nous arrêterons pas aux complications ner-

(1) FAITOUT. — *Arch. gen. de méd.*, 1895, p. 404, 2^{me} volume.

veuses avec plus de détail, cela nous entraînerait trop loin des limites que nous nous sommes assignées ; mais nous citerons cependant les noms de M. le Professeur Fournier (1868), de M. le Professeur Raymond, de Cros (thèse de Montpellier, 1894), de Panas, et de Fischel, etc,... qui ont spécialement étudié les complications de la blennorrhagie du côté des nerfs périphériques ; mais nous ne pouvons entrer dans l'étude de ces complications qui nous obligerait à dépasser les limites de ce modeste travail. Il nous resterait à parler de la péricardite blennorrhagique, mais il nous a semblé plus facile et préférable de rapprocher les affections de cette sérieuse des complications cardiaques et vasculaires ; nous les retrouverons au chapitre suivant.

CHAPITRE IV

APPAREIL CIRCULATOIRE

L'étude des complications gonococciques du côté du sang et de l'appareil circulatoire, est, au point de vue qui nous occupe, des plus intéressante. En effet, elles sont la preuve indéniable de la transmission et du transport par voie sanguine de l'élément bactérien pathogène de la blennorrhagie : aussi bien des auteurs se sont-ils préoccupés déjà de rechercher le gonococque dans le sang en circulation.

Presque toutes les recherches dans ce sens sont restées sans résultat. Celles de Legrain, Bumm Wertheim, Aubert, etc... Les observations de Pétrone (1) et Jullien (2) ne sont point probantes : celle de Héwes (3), sans doute plus positive, n'est cependant pas certaine au dire de Sée. Cependant Thayer et Blumer, dans un cas d'endocardite, ont obtenu avec le

(1) PETRONE. — *Rev. Clinica di Bologna*, fév. 1883.

(2) JULLIEN. — *Traité des maladies vénériennes*.

(3) HÉWES. — *The Boston Med. and Surg. Journ.*, 22 nov. 1894.

sang d'une veine des cultures qui semblent bien être du gonocoque.

§ I. — *Phlébites.*

Les phlébites gonococciques ont été signalées d'abord par Fouilloux 1869, puis par Moret Vidart, en 1875.

Dans la thèse de Martel, Paris, 1887, on trouve trois cas, dont l'un de Hamonic, dans lequel la présence du gonocoque n'est pas absolument certaine, on peut en dire autant des observations de Le Roy et de Tédénat (1). Il est donc probable que le gonocoque détermine des phlébites en se localisant sur l'endo-veine sans que pourtant le fait soit démontré d'une façon absolue.

§ II. — *Cœur et Péricarde.*

Les complications de la blennorrhagie du côté du cœur et du péricarde sont beaucoup plus fréquentes et mieux établies aujourd'hui; on les avait d'abord rapportées au rhumatisme blennorrhagique (Ricord et Hunter) bien que Trousseau et Grissolle fussent de l'avis opposé.

En 1854, Lehmann et Brandes observèrent une pé-

(1) TÉDÉNAT. — In Stratigopoulos (*Thèse de Montpellier*, 1890).

ricardite sans rhumatisme, Hervieux, 1858, Tixier, 1866, Deszos et Lemaître, Voelker, 1868, rapportèrent des cas d'endocardites, puis vinrent les observations de Marty, de Desnos, 1877, avec autopsie, et de Morel 1878. Pfuhl en Allemagne et Schedler, puis Delprat, en 1882, Morel, Derignac et Moussous, Railton, Wille, Bluzinsky, Souplet, Prévost, etc. publièrent plusieurs cas, mais tous sans examen bactériologique.

Le premier cas examiné fut celui de Martin (1) qui crut voir des gonocoques, mais ne fit ni culture, ni application de la méthode de Gram. Celui de Weckerlé (2) cité par Finger n'est pas pour entraîner la conviction.

Dans l'observation de Weichselbaum (3), il s'agissait d'une endocardite par infection mixte secondaire.

Les faits publiés par Ely en 1889 et par Hisen en 1892, ceux de Wilms ne sont pas considérés comme dus au gonocoque, bien que ce dernier auteur paraisse avoir retrouvé le microbe.

Nous ne ferons que signaler les observations de Leyden, Golz, Councilmann, Winterberg, Schlagenhauer, de Thayer et Blummer (1895), de Dauber et Borst; enfin de Michaelis que l'on retrouvera in-extenso pour la plupart dans la thèse de Sée.

(1) MARTIN. — *Rev. med. de la Suisse romande*, 1882.

(2) WECKERLÉ. — *Münch. med. woch.*, 1886, nos 32-36.

(3) WEICHSELBAUM. — *Cent. f. bact.*, 1887, 2.

Depuis cette époque a paru la thèse de Barnol (Paris 1896) et le travail de Siegheim (4); Thayer et Lazear (2) de Baltimore ont rapporté au congrès de Moscou (1897) deux cas d'endocardite ulcéreuse survenus à la suite d'une infection blennorrhagique. Ils ont pu obtenir des cultures pures de gonocoques en ensemençant du sang recueilli pendant la vie des malades. Dans une troisième observation analogue, ils ont trouvé, après la mort, du gonocoque dans le sang du cœur et dans les exsudats péricardique et pleural. Ils en conclurent qu'il est possible d'établir le diagnostic de septicémie blennorrhagique pendant la vie du malade, par l'examen bactériologique du sang.

Ghon et Schlagenhauser (3) citent le cas d'une fille de 18 ans qui, après huit semaines de gonorrhée, fut prise de phénomènes d'infection générale. Elle entra quatre semaines après à l'hôpital, présentant une cystite et un écoulement blennorrhagiques et en outre une endocardite avec souffle au niveau de l'orifice aortique. La température présenta de grandes oscillations, l'état s'aggrava, une gangrène du pied se dé-

(4) SIEGHEIM. — *Ueber endocarditis gonorrhoeica* Zeitsch. f. Klin. med., XXXIV, 5-6.

(2) THAYER et LAZEAR. — Congrès de Moscou, 1897, Sem. méd., 29 sept., 1897, p. 356.

(3) GHON et SCHLAGENHAUSER. — (Wienn. Klin. Wochen., 1898, n° 24).

clara le huitième jour et, quinze jours après son entrée à l'hôpital, elle mourut en collapsus cardiaque avec hypothermie.

L'autopsie montra une endocardite ulcéreuse récente surtout accusée à l'orifice aortique avec abcès interventriculaire. L'artère fémorale droite était obstruée par un caillot ; il existait en outre un abcès de la paroi postérieure de l'utérus. Le caillot de la fémorale ne contenait pas de microbes, mais des gonocoques furent trouvés dans l'abcès du myocarde, dans les sécrétions de l'urèthre, dans l'abcès de l'utérus.

L'examen bactériologique des végétations endocardiques montre la présence exclusive de gonocoques qui purent être cultivés ; injectés dans l'urèthre d'un homme, ils ont provoqué une urétrite blennorrhagique typique.

Sans vouloir apprécier le mode d'expérimentation de ces auteurs qui n'est évidemment pas exempt de reproches, il n'en est pas moins vrai que cette observation a une très grande valeur, et qu'elle démontre de la façon la plus certaine la possibilité de transmission par voie sanguine d'endocardite, de péricardite et de pleurésie à gonocoques.

Elle permet donc d'affirmer que la blennorrhagie peut se compliquer d'accidents septicémiques.

CHAPITRE V

ORGANES DIVERS

§ I. — *Reins.*

Il est hors de doute aujourd'hui que la blennorrhagie peut, par propagation de proche en proche, déterminer de la cystite, de la pyélite ascendante, même de la pyélonéphrite ; mais il est une autre manifestation rénale, très fréquente dans la blennorrhagie : nous voulons parler de l'albuminurie souvent d'ailleurs assez légère et de peu de durée. Ces néphrites blennorrhagiques admises par Rayet sont bien prouvées depuis le travail de Balzer et Souplet (1).

Si l'on met de côté les infections ascendantes (pyélonéphrites) quelle est la pathogénie qu'il faut admettre pour expliquer ces néphrites ?

Y aurait-il ascension du gonocoque jusqu'aux reins ? aucun des faits publiés jusqu'ici n'en donne la preuve.

(1) BALZER et SOUPLET. — *Annales de dermatologie*, 1892.

S'agirait-il de pyélonéphrite ascendante due à une infection secondaire ? Cela est possible dans certaines circonstances ; mais il nous semble qu'on ne doit pas l'admettre lorsque la néphrite n'a été ni précédée, ni accompagnée de cystite. Ce sont alors des néphrites tout à fait comparables aux néphrites infectieuses, et nous admettons bien volontiers avec Souplet et Sée qu'il s'agit là d'une albuminurie passagère, probablement d'origine générale et due à l'élimination des toxines que le gonocoque secrète.

§ II. — *Complications oculaires.*

Nous ne nous occuperons pas ici de l'ophtalmie blennorrhagique par inoculation directe, mais seulement de l'ophtalmie métastatique séro-vasculaire, rhumatismale, etc. Presque tous les auteurs s'accordent à en placer l'origine dans l'état général engendré par la blennorrhagie.

Vanderstraeten considère le résultat négatif des examens bactériologiques comme la caractéristique de ces affections.

Souplet, Morax fournissent les caractères de cette complication qui est bilatérale d'emblée, coïncide avec une poussée rhumatismale, etc.

Depuis la thèse de Morax (1), en 1894, parut, en

(1) MORAX. — *Thèse de Paris*, 1894.

1895, la thèse de Lipski (1) sur les complications oculaires métastatiques de la blennorrhagie, dans laquelle on trouvera un certain nombre d'observations intéressantes dans le détail desquelles nous ne pouvons pas entrer; cependant, il parle de la conjonctivite métastatique dont M. le professeur Fournier (2) a donné une description magistrale dans une leçon faite à l'hôpital Saint-Louis. Il signale en outre des cas d'iritis blennorrhagique récidivante sur lesquels divers auteurs, et en particulier MM. Fournier et Peter (3), ont insisté.

Il y aurait aussi, d'après Schroeder, Panas et Terson, une dacryoadénite compliquant la blennorrhagie.

Restaient enfin les ténosites décrites par de Wecker, Linhart, Panas et Puech et les névrites optiques dont nous avons déjà dit un mot à propos des complications nerveuses, sur lesquelles nous ne pouvons insister.

Quoi qu'il en soit, tous ces faits montrent d'une façon certaine que de nombreuses complications peuvent être observées du côté de l'œil et de ses annexes au cours de la blennorrhagie.

(1) LIPSKI. — *Thèse de Paris*, 1895.

(2) FOURNIER. — *Gaz. des hôpitaux*, 1885.

(3) FOURNIER et PETER. — *Soc. méd. des hôp.*, 1867.

CONCLUSIONS

Les faits, très divers d'ailleurs, que nous avons réunis et rapprochés dans cette simple étude, nous amènent aux conclusions suivantes :

La blennorrhagie, ou plutôt l'infection locale par le gonocoque, quel qu'en soit le siège primitif, ne reste pas toujours une maladie purement locale ; elle peut entraîner des phénomènes d'infection générale plus ou moins graves, parfois mortels, qui se traduisent par diverses manifestations. C'est donc avec raison que l'on a voulu considérer dans ces dernières années la blennorrhagie comme une maladie générale ou capable de le devenir.

Déjà, on avait remarqué l'état d'anémie que présentent les sujets atteints d'une simple uréthrite. L'étude du rhumatisme blennorrhagique, des syno-

vites tendineusés, des pleurésies, des méningites, etc... a prouvé que le gonocoque pouvait être transporté à grande distance de sa localisation primitive.

Quelques auteurs ont admis que le transport du microbe se faisait par voie lymphatique, mais les complications cardiaques et diverses autres dont nous avons parlé dans ce travail, en particulier, le cas d'adénite gonococcique que nous avons cité, prouvent bien que c'est la voie vasculaire sanguine qui doit être incriminée dans ces circonstances.

Il nous a semblé en outre que la localisation microbienne secondaire frappait plus volontiers les points qui avaient été le siège d'une inflammation antérieurement, comme s'il existait là un lieu de moindre résistance, plus favorable à l'évolution microbienne.

Nous ne croyons pourtant pas que toutes les complications à distance de la blennorrhagie impliquent la présence du microbe dans les foyers d'affection secondaire. Nous pensons au contraire qu'à côté des complications dues au gonocoque, il en est d'autres qui ne paraissent pouvoir être imputées qu'aux produits de sécrétion, qu'aux toxines du microbe.

Il est en tout cas certain, d'après tout ce que nous venons de voir, que la possibilité de ces complications plus ou moins graves assombrit singulièrement le pronostic de la blennorrhagie. On ne saurait donc trop insister sur la nécessité d'un traitement actif, non

seulement dans les infections gonococciques aiguës, mais encore dans les formes chroniques et torpides comme certaines vaginites et comme la goutte militaire.

Vu :

Le président de la thèse,

FOURNIER.

Vu le doyen :

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BAISLE. — Thèse de Paris, 1888.
- BALZER et SOUPLET. — Ann. de dermatologie, 1892. Beiträg. z. augenheilk, 1892, p. 31.
- CHIAISO et INARDI. — Giornale della R. academia di medicina di Torino, fév. 1894, p. 93.
- CORNIL et KLIPPEL.
- DUCREY. — Congrès de dermatologie, 1889.
- DUPLAY. — Union médicale, 1893.
- FAITOUT. — Arch. gen. de méd. 1895, p. 404, 2^e vol.
- FINGER et GAUTIER. — Les toxines microbiennes et animales, soc. d'éd. scientifiques.
- FOURNIER. — Gaz. des hôp. 1885.
- FOURNIER et PETER. — Soc. med. des hôp. 1867.
- GHON et SCHLAGENHAUFER. — Wien.-Klin.-Wochen, 1898, n. 24, p. 580.
- GRIFFON. — Presse méd., 19 fév. 1896.
- HALL. — New-York, méd. journ. 1886, p. 335.
- HEWES. — The Boston, med. and Surg. journ., 22 nov. 1894.
- HORTELOUP et BOUSQUET. — Gaz. des hôpit. 1895, p. 1004.
- JACOBI et GOLDMANN. — Beiträge z. klin. chir., nov. 1894, tome XII, 3^e fasc., p. 827.
- JACQUET. — An. de derm. et de syph., 1892.
- JACQUET. — Soc. med. des hôp., 5 mars 1897.
- JULLIEN. — Des maladies vénériennes.
- KAMMERER. — Centr. f. chir., 1884, p. 9.
- LIPSKI. — Thèse de Paris, 1895.
- MARTIN. — Rev. méd. de la Suisse romande, 1882.
- MAZZA. — Giornale della R. Academia di med. di Torino, mars 1894, p. 480.

- MORAX. — Thèse de Paris, 1894.
PETRONE. — Rev. clin. de Bologna, fév. 1883.
PICHEVIN et R. PETIT. — Sem. Gynécol., 7 juillet 1896.
SÉE. — Thèse de Paris, 1896.
SIEGHEIM. — Ueber endocarditis gonorrhoeica Zeit. f. klin. med.
XXXIV, 5-6.
SMIRNOFF. — Wratsh 1886, n. 34.
STANZIALE. — Gaz. d. ospit., 11 fév., 1893.
TÉDENAT. — In Stratigopoulos (Thèse de Montpellier, 1890).
THAYER et LAZEAR. — Congrès de Moscou, 1897, sem. med.,
29 sept. 1897, p. 356.
WECKERLÉ. — Münch. med. woch., 1883, n. 32-36.
WEICHSELBAUM. — Centr. Selt. f. backt. 1887-2.

